

DES

INSTILLATIONS-INJECTIONS

ALTERNÉES

D'HUILE CRÉOSOTÉE ET DE SUBLIMÉ

DANS LE TRAITEMENT DES CYSTITES TUBERCULEUSES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 14 novembre 1906

PAR

LÉON MAZET

Né à Quillan (Aude)

Pour obtenir le grade de docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE GROLLIER, ALFRED DUPUY SUCCESSEUR
Boulevard du Peyrou, 7

1906

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✱)..... DOYEN.
TRUC..... ASSESSEUR.

Professeurs

Clinique médicale.....	MM. GRASSET (✱).
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (✱).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✱).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (✱).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC.
Chimie médicale.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS.
Opérations et appareils.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H).
Clinique obstétricale.....	VALLLOIS.

Professeurs-adjoints : M. RAUZIER, De ROUVILLE.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✱), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.....	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.....	RAUZIER, prof. adjoint.
Pathologie externe.....	SOUBEIRAN, agrégé.
Pathologie générale.....	N...
Clinique gynécologique.....	De ROUVILLE, prof.-adjoint
Accouchements.....	PUECH, agrégé libre.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. JEANBRAU.	MM. GAGNIERE.
RAYMOND (✱).	POUJOL.	GRYNFELTT Ed.
VIRES.	SOUBEIRAN.	LAPEYRE.
VEDEL.	GUERIN.	

M. H. IZARD, *secrétaire*,

Examineurs de la thèse :

MM. CARRIEU, <i>président</i> .	MM. JEANBRAU, <i>agrégé</i> .
TÉDENAT, <i>professeur</i> .	SOUBEIRAN, <i>agrégé</i> .

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

Je leur dois tout.

MEIS ET AMICIS

L. MAZET.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
M. LE PROFESSEUR CARRIEU

Hommage de mon profond respect
et de ma reconnaissance.

A M. LE DOCTEUR ARDIN-DELTEIL

AGRÉGÉ DES FACULTÉS

Professeur de Clinique médicale à l'École d'Alger

Au Maître, au praticien !

L. MAZET.

A TOUS MES MAITRES

L. MAZET.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

L'idée de ce travail nous a été donnée par M. le professeur agrégé Soubeyran. Des observations de malades améliorés ou guéris, traités par lui-même ou qu'il avait suivis dans le service de M. le professeur Tédénat, des intéressantes remarques auxquelles elles donnèrent lieu de la part de notre Maître, nous avons vu qu'il était possible de tirer le sujet de notre thèse inaugurale et nous avons entrepris une modeste étude du traitement des cystites tuberculeuses par les instillations de créosote et de sublimé.

La cystite tuberculeuse est douloureuse et tous ses symptômes sont angoissants ; sa durée est généralement longue, parce que souvent négligée au début. Rien d'étonnant à ce que les traitements en aient été nombreux, variés, que les résultats thérapeutiques aient été incertains, inconstants, que l'insuccès ait quelquefois découragé le praticien.

« Il existe un désaccord complet entre beaucoup de cliniciens, même très compétents, au sujet du traitement de la cystite tuberculeuse : tel vante les bons effets d'un topique, tel autre n'a obtenu avec le même médicament que des résultats peu encourageants ou nuls ; une intervention san-

glante est proposée par l'un, et bientôt elle est repoussée avec autant d'ardeur qu'il a été mis à la conseiller. Aussi beaucoup arrivent-ils à cette conclusion, que tout traitement local est inutile ou même nuisible dans la cystite tuberculeuse. » (Banzet, Annales des organes génito urinaires, juin 1897).

Nous diviserons notre travail en 6 chapitres :

- 1° Historique des traitements.
- 2° Des substances médicamenteuses employées.
- 3° Justification des instillations alternées de deux antiseptiques.
- 4° Technique.
- 5° Observations.
- 6° Conclusions.

Mais avant de quitter cette Faculté où nous avons passé de bons et mauvais moments, il nous reste des devoirs à remplir.

A un maître éminent, M. le Professeur Carrieu, nous dirons que les termes dont on se sert en pareille circonstance nous paraissent bien faibles pour exprimer notre gratitude. Pendant tout le temps de nos études, il a montré à notre égard une bienveillance et une bonté qui ne se sont jamais démenties : aujourd'hui, il nous fait le grand honneur de présider la soutenance de notre thèse : naguère, dans de cruels moments, le maître faisait place au praticien éclairé. Nous l'assurons de notre vive reconnaissance et nous nous permettons de lui dire que son souvenir ne disparaîtra jamais de notre mémoire.

Parlerons-nous de M. le Professeur Ardin-Delteil ? Lui remercierons-nous le respect et l'affection que nous avons

pour lui ? Il doit comprendre l'émotion qui nous étreint aujourd'hui, lorsque nous songeons à une époque de notre existence où éloigné de notre famille, nous savions qu'il y apportait journellement sa science et son dévouement. Dans le même sentiment de gratitude, nous associons M. le docteur Pagès, médecin de l'établissement thermal de Vernet-les-Bains.

Que tous nos maîtres soient remerciés pour l'instruction qu'ils nous ont donnée : nous nous souviendrons longtemps de leurs leçons et de leurs enseignements pratiques : et longtemps notre esprit évoquera leurs brillantes cliniques au chevet des malades.

Qu'en particulier M. le professeur-agrégé Soubeyran soit persuadé que les marques de sympathie dont il nous a honoré nous touchent profondément ; il a bien voulu nous donner le sujet de notre thèse inaugurale montrant ainsi qu'il était le maître et l'ami.

Nos camarades M. Gaujoux, Guiraud, Vennes, internes des hôpitaux, nous ont communiqué des observations précieuses et y ont ajouté quelques conseils. Notre excellent ami Ferrand, interne des hôpitaux d'Aix, a traité à notre demande deux malades par les instillations de créosote et de sublimé. Que tous soient remerciés sincèrement.

En dehors de la Faculté, nous renouvellerons à M. le docteur Petit, de Cette, et à M. le docteur Tarrieux, médecin-major de 1^{re} classe, l'expression de notre vive sympathie. Nous avons appris avec eux bien des choses pratiques.

Nous précédons et nous suivons dans la carrière de bons camarades ; nous ne les oublierons pas et nous les reverrons tôt ou tard avec émotion et plaisir à la fois.

CHAPITRE I

TRAITEMENTS. — HISTORIQUE

On lit dans le Lib. XVII, chap. 59 d'Ambroise Paré: « Et nous trouvâmes la vessie toute calleuse et toute pleine de pustules de la grosseur d'un petit pois, et lorsque je les comprimais, il en sortait du pus tout blanc, tel que celui qui estait jeté avec les urines pendant la vie ». A. Paré avait donc vu les lésions de la cystite tuberculeuse. Mais le traitement qu'il préconisait était surtout palliatif et s'adressait uniquement à l'élément douleur; il se bornait à faire des lavages de la vessie avec une infusion de plantes dans laquelle il avait fait dissoudre « quelques brochisques de gardon », et des injections d'huile de jusquiame.

Pendant bien longtemps, la thérapeutique fut la même ou à peu près, car si Bayle en l'an XI, Laennec en 1819, John Howship en 1823, Larcher en 1827, Bermond de Montpellier, Boyer, Cruveilhier, Andral, Lancereaux, avaient décrit l'affection qu'A. Paré prenait pour la gale de la vessie comme étant de nature tuberculeuse, ils n'en avaient pas donné nettement les symptômes et n'avaient pu par conséquent poser les bases d'un traitement rationnel.

L'autorité de Civiale avait fait abandonner l'usage des sondes utilisées pour les injections et la sonde molle que Nélaton avait inventée n'avait pas eu une fortune plus heureuse. « On doit en effet éviter avec soin les cathétérismes répétés qui, traumatisant la prostate et le col de la vessie, ne peuvent avoir dans ces conditions spéciales que des effets déplorables, le passage répété des instruments ne peut que contusionner les tissus enflammés et friables, aviver les ulcérations existantes ou en produire de nouvelles : il peut en tout cas réveiller un processus latent ou en voie de regression, empêcher ou retarder la cicatrisation (Réniac, th. Paris 1898).

L'école de Necker, avec Guyon, après avoir établi définitivement la symptomatologie de la cystite tuberculeuse, commence véritablement à en indiquer le traitement. Mais les premiers essais furent décourageants. On s'était lancé, en effet, dans les grands lavages de la vessie, sous anesthésie au chloroforme ; cette méthode étant trop douloureuse, Guyon lui substitue les lavages par petites quantités successives : même échec. Il préconise enfin les instillations de solutions antiseptiques. Instillations ou lavages constituent d'ailleurs un moyen curatif : nous rappellerons plus bas pourquoi celles-là doivent remplacer ceux-ci.

Un des symptômes, la douleur est parfois tellement exagéré, que la première indication est de soulager le malade : on a alors tenté d'employer, *loco dolenti*, les solutions de chlorhydrate de cocaïne et de morphine. Dans une thèse parue en 1871 (*De l'absorption par la muqueuse vésico-urétrale*) Alling a montré que lorsque l'épithélium est sain, l'introduction de 5 centigrammes de médicament ne donne pas de sédation ; mais s'il est entamé, ce qui est souvent le cas dans les cystites tuberculeuses par suite d'ulcérations, on doit craindre de voir les accidents toxiques de l'empoisonnement. Pourtant, si les malades ne sont pas encore arrivés à la période d'ulcé-

ration, ils pourront être soulagés pendant quelques heures par l'injection intra-vésicale d'une solution de cocaïne à 2 ‰, précédée d'un lavage à l'eau boriquée tiède, comme l'a remarqué Greiwer. Soupçonne-t-on la présence d'ulcérations, les injections analgésiantes seront contre-indiquées. Et alors que tous les autres traitements ont échoué, que les douleurs sont d'une violence à justifier tous les moyens, le traitement sanglant est proposé comme moyen extrême. Son but est de mettre la vessie complètement au repos et de permettre l'action directe et localisée sur les lésions tuberculeuses. Pour Boursier, l'intervention chirurgicale sera tentée lorsqu'il s'agira de tuberculose généralisée et sans manifestation du côté des organes génitaux pour combattre des symptômes (douleurs, hématuries) qui menaceraient de retentir sur l'état général et de favoriser l'éclosion de tubercules sur d'autres organes.

Il est fait mention que les Egyptiens pratiquaient des opérations chirurgicales sur la vessie. De quelle façon, nous n'en savons rien. Toujours est-il que dans les temps modernes, ce serait Parker, de New-York, qui les aurait préconisées et qui en aurait donné les indications (cystites tuberculeuses, résistant au traitement ordinaire); que Boursier (Th. Paris, 1885); Hartmann, Paris (Th. 1887), Hemmet, Thompson, Guyon ont indiqué des méthodes et des procédés, ou les ont appliqués. Réniac, dans sa thèse (Paris, 1889), indique qu'à cette époque les statistiques portent sur :

- 14 tailles hypogastriques.
- 3 tailles périnéales.
- 4 boutonnières périnéales.
- 2 colpocystotomies.
- 4 dilatations du col.
- 2 résections totales de la vessie,

et il conclut ainsi : « En général, après l'une quelconque de ces opérations, le soulagement est immédiat, la vessie cessant d'être sous l'influence irritante de l'urine. On peut même voir survenir une amélioration passagère des lésions, mais ces résultats sont de courte durée et l'on voit bientôt survenir la récurrence et ses suites. Aussi, dit M. Tuffier, l'intervention sanglante ne doit être proposée que lorsque tous les autres moyens ont échoué.

Et certains auteurs même, préfèrent quelquefois ne pas envisager l'intervention en matière de cystite tuberculeuse. « Il ne reste à ces malades que la médication générale et la morphine ». (Forgue et Reclus : *Traité de thérapeutique chirurgicale*).

Lavages. — Les lavages de la vessie tuberculeuse avec des solutions médicamenteuses furent rejetés par Guyon, après des essais qui n'avaient donné que des résultats malheureux. La cystite n'était point guérie et les douleurs des malades se trouvaient sensiblement augmentées.

C'est que la vessie tuberculeuse est « une vessie qui se révolte à la distension ; sa capacité physiologique tend à égaler sa capacité anatomique. » La première partie de cet énoncé clinique nous est expliquée par l'anatomie pathologique.

« A l'autopsie d'un malade ayant succombé à cette affection, on trouve la région péri-vésicale infiltrée de graisse jaune, véritable dégénérescence lipomateuse. La vessie est généralement petite, ratatinée, revenue sur elle-même, souvent dure au toucher. A la coupe, les parois sont épaissies, indurées, mesurant 1 centimètre à 1 centimètre 1/2 d'épaisseur ». (Tuffier, *Traité de chirurgie*, tome VII).

Que l'on considère également ceci. Un sujet bien portant urine environ 5 fois en 24 heures, d'une quantité égale

chaque fois à 300 gram. approximativement : total de l'urine émise, environ 1,500 gram. Au moment où la vessie se contracte pour amener le besoin de la miction, on a calculé que la pression intra-vésicale variait entre 15 et 18 millim. Si l'on vide la vessie, puis qu'on la remplisse doucement avec de l'eau tiède, le besoin d'uriner survient dès que l'on a injecté environ 300 gram. et que la pression est de 15 à 18 millim. : telle est pratiquement définie la capacité physiologique normale.

La capacité anatomique se trouve celle d'une vessie retirée d'un cadavre et que l'on remplit sans pouvoir distendre sa paroi musculaire ; elle est variable suivant les proportions même du réservoir vésical : la moyenne est d'environ 100 gr. : telle est la capacité anatomique notablement inférieure, comme on le voit, à la capacité physiologique normale.

Mais supposons que, au lieu d'injecter doucement de l'eau tiède dans la vessie de notre patient, on injecte brusquement de l'eau froide, on verra survenir la réaction et la contraction vésicales, bien avant le moment où la vessie contient les 300 gram. précités, et pourtant à cet instant la pression intra-vésicale se trouve toujours être de 15 à 18 millim. C'est dire que la capacité physiologique de la vessie, par une cause extérieure, s'est abaissée et rapprochée de la capacité anatomique.

Et bien, dans la vessie tuberculeuse, la sclérose et l'irritation péri-bacillaire fixent à 150, 100, quelquefois 50 centim. cubes, la capacité physiologique, de telle sorte que celle-ci se révolte, comme nous venons de le dire, à la moindre distension. Il faut donc complètement rejeter dans le traitement de la tuberculose vésicale, l'injection-lavage, car distendant la vessie, elle déterminerait de violentes douleurs et d'abondantes hémorragies (Leçon clinique de M. le professeur Tédénat, recueillie par M. Gaujoux, interne du service).

Instillations. — Ainsi donc, dans les cystites tuberculeuses, la sensibilité étant provoquée par la mise en tension des parois vésicales, les instillations sont substituées aux lavages. Le professeur Guyon donne une autre raison de cette préférence : « C'est aussi, dit-il, parce que grâce à la petite quantité de liquide employé, il sera plus facile d'obtenir et la durée du contact, et l'élévation de la dose. C'est ainsi que les cystites qui résistent à des lavages ou à des instillations faites à trop faible dose, guérissent rapidement, quand on substitue les instillations aux lavages et quand on remplace les instillations trop faiblement dosées par des instillations à plus haut titre »,

Le docteur Colin, sur l'inspiration de Guyon, a étudié pendant 3 ans la pratique des instillations à l'hôpital Necker. Et on peut dire que c'est lui et son maître Guyon qui règlent définitivement le procédé thérapeutique des cystites tuberculeuses. Depuis, les lavages sont absolument condamnés et, après ses laborieuses expériences, il n'est venu à l'idée d'aucun clinicien d'essayer leurs effets à nouveau.

« En effet, nous dit-il, nous fumes concurremment des lavages à une partie de nos malades et des instillations à l'autre... Tandis que les instillations étaient toujours à peu près indolores, les lavages étaient, au contraire, très douloureux, et les malades souffraient encore, quelques-uns d'une façon atroce, pendant plusieurs heures après l'opération. Ces lavages ne pouvaient être faits qu'avec une solution de sublimé à 1/5000, 1/4000 au maximum, qui n'avait qu'un contact rapide avec la muqueuse vésicale, car on ne pouvait pas laisser de liquide dans la vessie. Sitôt après le lavage, les malades étaient pris d'une douleur très vive : ils étaient obligés de tenir pendant une demi-heure, une heure et quelquefois davantage, un urinoir à leur portée, car ils avaient

une épreinte intolérable et continue qu'ils ne pouvaient soulager qu'en expulsant presque de minute en minute quelques gouttes d'urine.

Les instillations de sublimé, au contraire, lorsqu'elles étaient bien faites, conduites avec méthode et progression, permettaient d'employer des solutions variant entre 1/4000 et 1/500. Elles pouvaient être gardées par le malade demi heure, une heure même dès le premier jour et on pouvait ainsi obtenir une action plus efficace : 1° en ne réveillant pas et en n'excitant pas la douleur, comme avec les lavages ; 2° en laissant plus longtemps en contact avec la muqueuse vésicale une solution plus forte (Colin, Thèse de Paris, 1893-1894).

Traitement général. — Nous n'aurions garde d'oublier dans la thérapeutique de la tuberculose vésicale, le traitement général. Ce dernier, comme dans toute tuberculose locale (osseuse, articulaire ou viscérale), comme dans la tuberculose pulmonaire aussi, est un adjuvant précieux du traitement local. Si celui-ci s'adresse à la lésion anatomique constatée ou présumée, celui-là comme toujours fortifie le terrain sur lequel évolue le redoutable bacille ; « et ce n'est pas, comme le dit Colin, aux seuls malades atteints de cystite tuberculeuse avérée avec bacilles dans les urines qu'il devra s'adresser, mais aussi à tous ces malades atteints de cystite chronique mal déterminée, candidats à la tuberculose « tuberculeux virtuels », que le traitement local ne suffirait pas à guérir et qui guériront avec association de ce traitement au traitement général. »

Ce traitement consistera surtout dans la suralimentation, les bains salés, les eaux de Salies-de-Béarn, de la Bourboule, l'arséniate de soude ou le cacodylate de soude, les préparations d'huile de foie de morue, etc., etc.

CHAPITRE II

DES SUBSTANCES MÉDICAMENTEUSES INJECTÉES OU INSTILLÉES DANS LA VESSIE TUBERCULEUSE

Puisqu'il prévaut aujourd'hui que les instillations constituent le procédé de choix, non seulement parce qu'elles sont peu douloureuses et qu'elles sont plus efficaces, quelles sont donc les substances antiseptiques que l'on a coutume d'instiller ou d'injecter dans la vessie. On les a variées beaucoup et on les variera encore longtemps; la découverte journalière d'agents médicamenteux nouveaux, leur application à des affections tenaces, les succès qu'ils peuvent avoir donné, tout cela fait qu'on est tenté de les expérimenter dans des cas à peu près semblables. De là des observations cliniques où chacun croit avoir trouvé un traitement approprié et en vante les résultats.

Nitrate d'argent

En matière de cystite tuberculeuse, nous mentionnerons, pour mémoire, le nitrate d'argent que l'on a employé dans

les affections génito-urinaires, en raison des résultats obtenus. Cet agent, que Guyon appelle « l'ami des muqueuses », n'a pas tenu, dans le cas particulier, les promesses que l'on était en droit d'attendre. On observa, après les essais que l'on en fit, une aggravation de tous les symptômes. Et aujourd'hui, non seulement son emploi est absolument rejeté, mais encore il pourrait servir de pierre de touche pour le diagnostic. Toute cystite traitée par les instillations de nitrate d'argent qui ne s'améliore pas, et dont, au contraire, l'élément douleur s'exaspère, peut être considérée de nature bacillaire, et, en conséquence, doit être traitée différemment.

Injection d'air stérilisé

M. Ramond, interne de M. Chauffard, a préconisé ce traitement et a publié trois observations de malades améliorés. Réniac, dans sa thèse, a expérimenté cette thérapeutique et n'a obtenu que des résultats négatifs.

Iodoforme

Réniac, se basant sur ce fait que l'iodoforme, d'après les résultats cliniques, semble avoir sur les lésions tuberculeuses une action thérapeutique, que Dubreuilh, de Bordeaux, déclare qu'il détruit les granulations fongueuses, que Verneuil a obtenu des succès remarquables par les injections d'éther iodoformé dans les abcès froids, Réniac, disons-nous, préconise pour les cystites tuberculeuses des injections de 30 grammes de vaseline iodoformée à 5 % et publie 14 observations avec :

6 très grandes améliorations ;

- 6 améliorations sensibles ;
- 1 amélioration légère ;
- 1 sans résultat.

Acide lactique

C'est d'après les idées de Behring, de Varsovie, que Greiwer a fait dans le cas de cystite tuberculeuse, tous les deux jours, des instillations de 30 à 50 gouttes d'une solution d'acide lactique à 1 %. Pratique fort douloureuse dont cet auteur n'a recueilli aucun bénéfice.

Witzack, de Francfort-sur-le-Mein, fait une ou deux fois par semaine une instillation intra-vésicale de la solution suivante :

Lactate de cocaïne..	1 gram.
Acide lactique.....	5 —
Eau distillée.....	5 —

Il ne donne pas de résultat (*Annales des organes génito-urinaires*, 1894).

Acide pyrogallique

M. H. Minet, de Paris, a traité 60 cas de cystite tuberculeuse, sur une période dépassant 3 ans, par des instillations tous les deux jours, de 5 centimètres cubes d'une solution d'acide pyrogallique de 1/50 à 1/30 et même à 1/20. Il dit n'avoir pas eu de guérison complète et définitive, avoue 5 échecs absolus, mais recommande son traitement comme palliatif de la douleur et de la fréquence des mictions. (*Annales des organes génito-urinaires*, 1904).

Huile goménolée

Haïm, de Paris, a instillé des solutions huileuses de goménol à 20 %/. Il a injecté une seringue pleine et souvent deux tous les jours, parfois tous les deux jours, et aucun des malades qu'il a suivis pendant plusieurs mois n'en a ressenti le moindre inconvénient. Il note 4 grandes améliorations, 3 améliorations.

Sublimé

C'est en 1883 que Parrot et Martin essayent l'action du sublimé sur le bacille tuberculeux. Cazes et Simon dans une série d'expériences mélangeant 40 centigrammes de crachats avec du sublimé, puis après 48 heures de contact, ils font une injection à des cobayes au pli de l'aîne : le sublimé semble avoir entravé l'évolution tuberculeuse. Yersin trouve qu'au bout de 10 secondes de contact avec le sublimé à 1/000, les germes tuberculeux eux-mêmes sont tués (d'après la thèse de Condé, Bordeaux, 1892).

Ainsi donc, la démonstration de l'efficacité du sublimé étant faite au laboratoire, les applications à la clinique étaient toutes naturelles. Et Guyon le premier traite les cystites tuberculeuses par les lavages au sublimé d'abord, par les instillations ensuite. Pourtant, malgré les auteurs précités, il ne croit pas à la spécificité du sublimé sur le bacille de Kock. « Je ne puis prétendre, dit-il, que le sublimé ait tué les bacilles tuberculeux dans les vessies où je l'ai injecté, bien que dans toutes le nombre des bacilles ait diminué et que même dans une, ils aient disparu sous cette influence. Mais il peut toujours agir comme un antiseptique puissant qui modifie peu

à peu les conditions où se trouve une vessie envahie par le bacille de Kock. Quoiqu'il en soit, nos résultats cliniques sont là pour témoigner de l'heureuse influence du traitement que nous préconisons. »

Mais, d'après ce maître, le praticien ne doit pas croire qu'en se servant de sublimé, il agit sur l'urine : il en faudrait des quantités formidables pour désinfecter des urines purulentes. Il doit au contraire s'efforcer d'agir sur la paroi vésicale : encore une raison pour laquelle les lavages sont délaissés et condamnés définitivement.

Guyon commence les instillations de sublimé à 1/5000 : à mesure que la vessie s'accoutume, on peut graduellement augmenter le titre de la solution jusqu'à 1/1000. Peut-être chez certains malades, dont la sensibilité vésicale est extrême, le médecin sera-t-il sage en n'arrivant pas à ce chiffre et en s'arrêtant à 1/2000.

A 1/5000, les douleurs sont faibles et facilement supportées. La longue expérience du chirurgien de l'hôpital Necker lui permet de dire que dans toutes les cystites tuberculeuses qu'il a ainsi traitées, le sublimé a toujours été bien toléré alors que les autres agents thérapeutiques ne lui avaient donné que des insuccès.

RÉSULTATS. — Nous dressons une statistique de 72 cas de cystite tuberculeuse, traitées par les instillations de sublimé, suivant la méthode de Guyon, et se décomposant ainsi :

Guyon, 9 cas (Annales des org. génito-urinaires, 1892) :
5 grandes améliorations.
2 améliorations.
2 améliorations pour la douleur seulement.

Luys, 1 cas (An. des org. génito-urinaires) :
1 très grandes amélioration.

Condé, 7 cas (Thèse Bordeaux, 1892) :

3 très grandes améliorations.

3 améliorations.

1 Insuccès.

Colin, 16 cas (Thèse Paris, 1894) :

3 guérisons.

6 très grandes améliorations.

5 améliorations.

2 insuccès.

Banzet, 39 cas (Ann. org. génito-urinaires, 1897) :

6 guérisons.

7 grandes améliorations.

8 améliorations.

13 améliorations peu sensibles ou insuccès.

5 aggravations.

Le sublimé a donc fait ses preuves, mais nous l'emploierons concurremment avec :

La créosote

Depuis longtemps, on a remarqué que soit pour la tuberculose pulmonaire, soit pour les tuberculoses chirurgicales, la créosote eut son composant (gaïacol 25 %¹, pris à l'intérieur ou sous forme d'applications locales a donné d'excellents résultats. Bouchard inocule à deux lapins de même âge et de même poids une même quantité de matière tuberculeuse : après cela, l'un reçoit 0,25 centigrammes de créosote par jour et par kilogramme, l'autre est laissé comme témoin. Celui-là dépérit et meurt ; à l'autopsie, ses organes sont farcis de tubercules ; son congénère est sacrifié le même jour et il ne présente aucune trace de tuberculose.

Il est vrai d'ajouter que dans le laboratoire de Kock, Cornet obtient des résultats opposés. Aussi nous admettons seulement que si la créosote n'est pas spécifique du bacille de Kock, elle est « ce que nous avons de moins mauvais contre la tuberculose ». Emploierons-nous la créosote ou le gaïacol ? D'après Manquat et Main il résulte que la créosote est moins toxique que le gaïacol, que son action sur les produits tuberculeux paraît plus importante, que son pouvoir antiseptique est aussi grand que celui du gaïacol.

Colin s'étant servi du gaïacol a eu pour 14 cas :

3 guérisons.

6 très grandes améliorations.

2 améliorations.

3 insuccès.

Nous basant d'après l'opinion de Manquat, nous préférons la créosote. Très soluble dans l'huile, son emploi est assez facile et il nous sera commode de faire des instillations avec cette substance. La solution injectée sous un petit volume dans la vessie, présentera l'avantage de ne pas se mêler à l'urine : la substance médicamenteuse surnage à mesure que la vessie se remplit, et exerce ainsi son action à mesure sur toutes les parties de la cavité vésicale. Lorsque le malade urine, les gouttes d'huile n'apparaissent que lorsque le liquide s'est écoulé : le malade interrompt alors la miction et la créosote continue à agir : tandis que les autres antiseptiques en véhicule aqueux sont dilués ou décomposés par l'urine.

Bazy, à propos il est vrai d'huile iodoformée, prétend que ce liquide permet à la substance médicamenteuse de faire un « pansement permanent de la vessie », et il cite un de ses malades particulièrement habile, qui au bout de 15 jours avait encore de l'huile dans sa vessie.

Le but de notre travail est de faire connaître quelques cas

de cystite tuberculeuse dans lesquels les malades ont été traités par des instillations alternées de sublimé et d'huile créosotée.

CHAPITRE III

JUSTIFICATION DE L'EMPLOI DE LA CRÉOSOTE ET DU SUBLIMÉ

Nous venons de voir dans le chapitre précédent que les meilleurs antiseptiques contre la tuberculose vésicale étaient d'un côté le sublimé, de l'autre la créosote et ses dérivés.

Nous nous sommes demandé s'il n'y aurait pas intérêt pour le malade à profiter des bienfaits de ces deux sortes d'antiseptiques ; nous avons été poussé à les associer par analogie avec le traitement des autres tuberculoses.

Dans le traitement des tuberculoses chirurgicales (abcès froids, fistules, ostéo-arthrites, etc.), on n'emploie pas toujours la même substance : on varie le plus possible et on injecte successivement dans les cavités malades de l'éther ou de l'émulsion iodoformée, du chlorure de zinc, du nitrate d'argent, de l'émulsion créosotée ou gaïacolée, de la teinture d'iode, du permanganate de potasse, etc., etc., comme si l'union et la succession des antiseptiques faisaient leur force.

Il est assez difficile d'exposer théoriquement ce résultat

clinique. Est-ce que le microbe entraîné pour résister à un antiseptique donné, serait pris à dépourvu par un autre d'une nature différente ? Ou bien les divers antiseptiques combattent-ils chacun une lésion spéciale du bacille ? Quoiqu'il en soit, le résultat expérimental est acquis pour la plupart des tuberculoses locales.

Il est logique d'appliquer ce principe à la tuberculose de la vessie. Choisissons donc parmi les antiseptiques ceux que l'expérience nous aura désignés comme les meilleurs, et au lieu de les appliquer isolément, unissons leur action. Le sublimé et la créosote donnant isolément les meilleurs résultats, nous avons pensé qu'employés tous deux alternativement, ils ne rendraient pas les moindres services.

CHAPITRE IV

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

CHEZ L'HOMME. — Le malade est apporté sur la table de pansement. On commence par prendre les précautions d'asepsie d'usage : on lave consciencieusement et pendant deux ou trois minutes le gland et l'urèthre du malade avec une solution antiseptique très faible, puis recommandant au malade de ne pas se contracter, on introduit doucement et suivant la technique habituelle, une sonde en gomme à bout olivaire préalablement stérilisée. On la pousse doucement jusqu'au moment où, sentant qu'on est entré dans la vessie, on devra s'arrêter.

On laisse la vessie se vider, puis prenant une seringue de Roux ou tout simplement une petite seringue uréthrale en ébonite, on la remplit de la solution à injecter.

Il nous faut, en effet, revenir et insister à nouveau sur la nécessité d'injecter non seulement quelques gouttes, mais encore 4, 5, 6 centimètres cubes de la solution médicamenteuse.

On connaît la disposition spéciale de la base de la vessie. Le fait incontesté de la localisation pour ainsi dire constante

des lésions tuberculeuses dans toute la région du trigone de Lieutaud et même quelquefois dans le bas-fond, nécessite d'une façon absolue l'apposition des antiseptiques sur toute cette zone. La guérison ou tout au moins l'amélioration (s'il est vrai qu'une tuberculose viscérale ne doit jamais guérir) ne saurait être obtenue vraiment complète qu'à cette condition.

Les simples instillations antiseptiques n'aboutiraient qu'à la sclérose de quelques points malades, laissant les autres évoluer à loisir. Nous nous en voudrions de ne pas signaler en passant l'opposition qui existe à ce point de vue entre les cystites tuberculeuses et les cystites blennorrhagiques : celles-ci sont, en effet, exclusivement localisées à la région du col de la vessie et par conséquent touchées par de simples instillations (Des leçons cliniques de M. le professeur Tédénat).

Donc, l'instillation-injection telle qu'elle est préconisée par notre Maître M. le professeur Tédénat aura le résultat suivant : Nous n'aurons plus les inconvénients du lavage qui rendent cette pratique impossible, comme il l'est démontré à l'heure actuelle, mais nous en aurons les avantages : toute la surface malade baignera dans la solution médicamenteuse et en ressentira les bienfaits effets.

Revenons à la technique. La seringue uréthrale étant remplie de la solution antiseptique, nous adaptons son orifice au bout externe de la sonde et nous poussons lentement quelques 10 centim. cubes, persuadés que, quand nous retirerons la sonde, celle-ci aura retenu une certaine quantité de la solution. L'injection-instillation ainsi faite, nous retirons la sonde encore adaptée à la seringue de façon à ne pas laisser perdre du liquide.

Si le malade souffre, nous le laisserons couché encore un moment ; en tout cas, nous lui recommanderons, s'il se lève, d'uriner le plus tard possible, de façon à garder autant que

faire se peut la solution antiseptique qui vient d'être injectée. Chez des malades dont la pollakiurie est intense et très douloureuse, nous croyons, nous basant sur l'Observation VI, que l'on tirera bénéfice d'une injection préalable de cocaïne à 1 °/o ou même d'une solution un peu plus faible. On ne fera l'instillation antiseptique que quelques minutes après, alors que la vessie est sous l'influence anesthésiante de la cocaïne.

CHEZ LA FEMME.— Les dispositions anatomiques nécessitent une technique un peu différente qu'il nous faut maintenant étudier.

On commencera par faire prendre à la malade une injection vaginale antiseptique, de lysol en particulier, qui présente l'avantage d'être alcalin, savonneux et microbicide. L'instillation-injection vésicale peut, comme tout cathétérisme, être pratiquée soit à couvert, soit à découvert. Dans les hôpitaux, on pratiquera plutôt la seconde méthode, et la malade étant allongée sur la table de pansement ou bien les jambes écartées et appuyées sur les genouillères métalliques, on se servira d'une sonde de trousse en métal, bien stérilisée, et on l'enfoncera doucement dans l'urèthre.

L'urine s'écoule et la suite de la technique s'effectuera comme nous l'avons décrit précédemment, à propos de l'instillation-injection chez l'homme.

Quoi qu'il en soit, les précautions antiseptiques les plus minutieuses doivent être prises dans les deux cas, car un cathétérisme septique viendrait développer une infection secondaire qui se surajoutant à l'infection tuberculeuse préexistante, déterminerait une aggravation rapide et peut-être fatale de la cystite.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

(Inédite. — Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Soubeyran)

¹(Service de M. le Professeur Tédénat, suppléé par M. Soubeyran)

Cystite bacillaire ancienne, guérie rapidement.

« Noël B..., coiffeur, 32 ans, entre à la salle Bouisson, lit n° 1, pour grands maux de rein, douleurs dans le bas-ventre, hématuries et urines excessivement troubles.

La maladie, dit-il, remonte à 11 ans, époque à laquelle il contracta une blennorrhagie qu'il négligea ou plutôt qu'il traita suivant les conseils du premier venu. Une quinzaine de jours après, il urinait toutes les 5 minutes, avec chaque fois une quinzaine de gouttes de sang ; les urines étaient purulentes, son urinoir plein d'une matière ressemblant à de la colle. Sur les conseils d'un client, il entre à l'hôpital de Béziers où on lui administre une potion à l'ergotine. Il sort incomplètement guéri.

Depuis, il a voyagé sans se soigner, a même fait un an de service militaire, fatigué néanmoins par certains exercices. Pendant 10 ans a uriné chaque demi-heure, s'est levé constamment la nuit plusieurs fois, et éprouvait des souffrances

très vives à la fin de la miction ; l'urine était parfois teintée de rose et parfois il s'y trouvait de petits caillots (le malade précise qu'ils étaient tout petits et non point longs). Pendant toute cette époque, l'urine a contenu, en général, du pus. Il est resté pendant ce long espace très amaigri, l'appétit était très diminué, la digestion pourtant facile.

Il entre le 1^{er} août 1905 à l'Hôpital Suburbain.

Antécédents héréditaires. — Père et mère en bonne santé ; deux frères également bien portants. Marié, pas d'enfants.

Antécédents personnels. — Blennorrhagie à l'âge de 21 ans dont il a été question.

Il est vu par M. le professeur agrégé Soubeyran ; à l'examen, il présente nettement tous les signes de cystite (miction toutes les 20 minutes ; besoin impérieux, douleur à la fin de la miction, urines chargées de pus). De plus, il y a des noyaux durs sur l'épididyme, le toucher rectal montre une prostate grosse et bosselée ; le canal est légèrement rétréci. Facies pâle, poumon normal.

Le 2 août, instillation-injection de cinq à six centimètres cubes d'huile créosotée à 1/10, le lendemain d'une même quantité de solution de sublimé à 1/5000 et ce, tous les jours, sans interruption, en alternant.

Au bout de 8 jours, grande amélioration : les douleurs ont disparu à la fin de la miction, « à ne pas y croire », nous dit le malade : plus de caillots de sang, il n'urine que toutes les deux heures. Les urines sont encore un peu troubles. On élève le sublimé à 1/2000.

Il sort le 23 août, arrivé à ne plus uriner que toutes les 3 heures. Plus de sang. Urines encore légèrement troubles.

Nous avons revu le malade dont il est fait mention dans l'observation I. Il paraît en très bonne santé: le teint est coloré, l'appétit est excellent. Il exerce son métier sans interruption. Il nous fait remarquer que son urine est encore légèrement trouble, mais qu'il n'urine que toutes les 3 heures, se levant seulement une ou deux fois la nuit: il se considère, en somme, comme guéri absolument, étant donné la longue période de 10 ans où sa vie lui était un supplice, étant donné surtout qu'il a suivi le traitement que nous préconisons pendant 23 jours seulement et que depuis un an et demi les troubles fonctionnels qui l'ont amené à l'hôpital ont à peu près disparu à l'heure actuelle.

OBSERVATION II

(Inédite. — Due à l'obligeance de M. Gaujoux, interne des hôpitaux)

(Service de M. le Professeur Tédénat)

L. G., charretier, domicilié à Montpellier, entre le 7 mars 1906, au n° 18 de la salle Bouisson, pour des douleurs dans le bas-ventre et des hématuries abondantes. Le début remonte à 8 mois et l'état du malade est allé depuis en empirant.

Antécédents héréditaires. — Mère rhumatisante, père mort d'attaque d'apoplexie à 45 ans: neuf frères ou sœurs dont quatre seulement actuellement bien portants; cinq autres morts de 10 à 20 ans (maladies inconnues).

Antécédents personnels. — Deux enfants dont l'un est en parfaite santé, l'autre atteint de conjonctivite granuleuse. Il y a 12 ans, le malade a eu un chancre mou: pas d'accidents

ultérieurs. Jamais de blennorrhagie ; pas de coliques néphrétiques.

Etat actuel. — Le malade accuse une douleur retro-pubienne, s'irradiant dans les deux fosses iliaques, jusque dans le périnée, douleur laissant des intervalles d'accalmie, mais se manifestant sous forme de brûlure : elles se calment surtout par le repos. Les urines sont troubles, elles déposent une toute petite quantité de mucus glaireux. La fin de chaque miction est colorée en rouge par du sang mêlé à l'urine. Augmentation de l'hématurie par la fatigue, pourtant le malade affirme qu'après certaines périodes de travail forcé, il n'y aurait pas eu d'hématuries. Urine deux, trois fois par heure ; se lève 8 à 10 fois la nuit pour uriner ; chaque fois besoin impérieux qui fait même que le malade urine dans son pantalon s'il ne peut satisfaire ce besoin.

Le malade n'a observé aucune modification de volume, de force ni de portée du jet, au moins dans la première partie de la miction. Il n'a jamais observé d'œdème des jambes, ni des paupières : la présence d'albumine dans les urines est attribuée par nous à la présence d'une certaine quantité de pus.

Etat général assez bon, pas de grosses lésions pulmonaires ; pourtant un peu de dyspnée d'effort, et à l'auscultation quelques râles sous-crépitaux au sommet droit. L'insomnie dont se plaint le malade tient uniquement à ce qu'il est obligé de se lever à chaque instant pour uriner. Appétit variable, mais le malade ne vomit jamais. A pourtant maigri de cinq à six kilos depuis sa maladie.

Examen local. — Vessie douloureuse à la pression sus-pubienne : l'exploration vésicale ne montre pas de calculs, ce que faisait déjà prévoir l'interrogatoire. Épидidyme et testicule en bon état. Prostate normale : pas de foyer de ramollissement. Pas de ganglions inguinaux.

Traitement. — Urotropine, 0.50 centigr. pour un cachet n° 2; tisane uva ursi. Dès le 12 mars, instillation-injection tous les deux jours de 6 centimètres cubes de la solution d'huile créosotée à 1/20; les jours impairs, instillation-injection de la solution de sublimé à 1/5000. On laisse reposer le malade deux jours par semaine. Le 25 mars, amélioration considérable: le malade a un excellent appétit, il n'a plus eu d'hématuries depuis la troisième séance. On prescrit l'huile de foie de morue et l'arsenic à l'intérieur (arséniate de soude). Le malade sort de l'hôpital le 30 mars. Il vient une fois par semaine pour une instillation-injection. Revu le 20 mai: pas eu d'autres hématuries. Urines claires: plus de douleurs.

OBSERVATION III

(Inédite. — Due à l'obligeance de M. Vennes, interne des hôpitaux.)

Service de M. le professeur Tédénat.

Tuberculose de la vessie avec infection secondaire.

L. C., 22 ans, domiciliée à Montpellier, entre dans le service de M. le professeur Tédénat, suppléé par M. le professeur agrégé Soubeyran, le 22 septembre 1906, pour fréquences des mictions et urines purulentes.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants, rien de particulier à signaler.

Antécédents personnels. — A eu la scarlatine dans son jeune âge; n'accuse pas de glandes cervicales dans son enfance; tousse quelquefois les hivers.

Il y a six mois, la malade jusque-là bien portante observe

que ses urines ont une coloration sanguine très prononcée : de plus chaque miction s'accompagnait à la fin de l'émission de sang pur en petite quantité. La durée éphémère de ces phénomènes n'occupe pas outre mesure la malade qui n'éprouve aucun malaise. De temps à autre, cependant, elle urinait plus fréquemment que de coutume et ressentait quelques douleurs dans le bas-ventre. Trois mois plus tard, les urines deviennent plus purulentes en même temps que se déclarent de violentes souffrances à l'hypogastre et de part et d'autre de la ligne médiane ; la malade urine toutes les heures et accuse à la fin de la miction du ténesme vésical. Ces phénomènes s'amendent progressivement sous l'influence de lavages vésicaux au sublimé très étendu, ordonnés par un médecin.

De nouvelles hématuries toutes récentes l'engagent à entrer à l'hôpital Suburbain ; elles sont assez abondantes communiquant à l'urine une coloration rouge très prononcée ; elles s'exaspèrent à la moindre fatigue pour s'atténuer jusqu'à disparaître avec le repos.

Etant donnés ces symptômes et l'absence de blennorrhagie antérieure (la malade n'ayant jamais présenté des pertes blanches, l'utérus et le vagin ayant été reconnus sains à l'examen local) on porte le diagnostic de tuberculose de la vessie infectée.

On met la malade au repos absolu : le traitement général n'est pas négligé et avec la suralimentation on prescrit l'arséniate de soude à la dose de 0,003 milligr. par jour.

Urotropine, 1 gr. 50 par jour en 3 cachets. On fait les instillations-injections alternées de créosote et de sublimé, suivant la technique de M. le professeur Tédénat : sublimé à 1/5000, huile créosotée 1/10.

Après 20 jours de traitement, les urines sont devenues tout à fait claires et limpides, ne contenant plus de dépôt

purulent : leur quantité atteint une moyenne de 900 à 100 grammes : la malade n'urine plus que 3 ou 4 fois par jour ; la nuit, le sommeil n'est plus troublé par le besoin d'uriner.

Le 3 novembre, la malade sort ; elle a augmenté de trois kilos pendant la durée du traitement et se dispose à le continuer chez elle si besoin en était.

OBSERVATION IV

(Inédite.— Due à l'obligeance de M. Vennes, interne des hôpitaux).

(Service de M. le professeur Tédénat).

Cystite bacillaire

Marius B..., 35 ans, domicilié à Montpellier, entre le 3 mars 1906, n° 33, salle Bouisson.

Entre pour hématuries et douleurs dans le bas-ventre remontant à trois mois.

Antécédents héréditaires.— Rien à signaler.

Antécédents personnels.— A eu une pleurésie du côté gauche, à 20 ans ; cette affection a nécessité une réforme temporaire. Toussait tous les hivers et s'enrhume facilement. Pas de blennorrhagie.

Il y a trois mois, le malade constata de la fréquence des mictions : il était obligé de se lever la nuit à deux ou trois reprises, tandis que dans la journée, il évacuait sa vessie toutes les deux heures environ. Quelques jours plus tard, apparaît, au grand effroi du malade, une hématurie spontanée, moyennement abondante, qu'il évalue à un demi-verre environ. Elle se calme un peu les jours suivants pour réparaître un mois plus tard avec les mêmes caractères.

Entre temps, douleurs dans le bas-ventre qui s'accroissent chaque fois que le malade fatigue un peu trop. La persistance de ces phénomènes l'engage à entrer à l'hôpital Suburbain.

A son entrée, 3 mars, on se trouve en présence d'un sujet plutôt amaigri (il nous dit avoir diminué de 7 kilos, en l'espace de 3 mois). La palpation du bas-ventre révèle une douleur assez vive s'irradiant dans les deux fosses iliaques.

Les urines émises en 24 heures, d'une quantité égale à 1,200 gram., contiennent un peu de sang visible à l'œil nu : confirmation par l'examen microscopique. Pas de dépôt purulent. La recherche du bacille de Kock dans l'urine est positive. Quelques granulations sur les vésicules séminales au toucher rectal.

A l'auscultation, nous trouvons au sommet droit en avant l'inspiration rude, l'expiration prolongée : en arrière du même côté quelques craquements. Du côté gauche, rien de particulier à signaler, sauf peut-être un peu d'obscurité respiratoire.

Traitement général : Suralimentation, arsenic sous forme d'arséniate de soude à la dose de 0 gr. 003 par jour.

Localement, instillations-injections, suivant la formule de M. le professeur Tédénat d'huile créosotée alternées à 1/10 avec instillation-injection de sublimé à 1/5000. On instille chaque fois 5 à 6 centim. cubes.

Au bout d'un mois de ce traitement, le malade a gagné 4 kilos. Les douleurs ont disparu ; il ne pisser plus de sang, ne se lève plus la nuit pour uriner ; dans la journée, urine 3 ou 4 fois.

Demande à sortir.

OBSERVATION V

(Inédite. — Due à l'obligeance de notre camarade Ferrand, interne des hôpitaux d'Aix-en-Provence).

Paul R..., garçon boucher, 38 ans, entre à l'hôpital d'Aix pour douleurs dans le bas-ventre continues, douleurs à la fin de la miction et urines troubles, le 18 avril 1906.

Antécédents héréditaires. — Père mort subitement ; sa mère toussait et est morte d'une affection thoracique ; une sœur albuminurique, morte à 18 ans.

Antécédents personnels. — Méningite ? à 34 ans. Pas d'autre affection. N'aurait eu ni blennorrhagie, ni autres accidents vénériens.

Etat actuel. — Le malade nous dit qu'il souffre depuis 14 mois ; il a commencé par avoir des douleurs à la fin de la miction. Puis, serait-ce par ténésme vésical, est resté quelques jours sans pouvoir uriner.

Vers la Noël 1905, il se met à faire du pus dans ses urines « comme du papier mâché ». Parfois quelques gouttes de sang à la fin de la miction ; à cette époque il commence à uriner toutes les demi-heures, toutes les 20 minutes. Son état général, lorsqu'il nous arrive, est délabré. Il est très amaigri et n'a aucun appétit. A l'auscultation, sommet gauche normal ; au sommet droit, respiration en cran. Rien d'autre à signaler. Le toucher rectal ne révèle rien de particulier.

Aux premiers jours de mai 1906, on commence le traitement par les instillations d'huile goménolée à 1/20 tous les

deux jours ; on augmente progressivement le titre de la solution. Ce traitement continué pendant plus d'un mois ne donne pas d'amélioration sensible. Toutefois, sous l'influence du traitement général (suralimentation, viande crue, caco-dylate de soude en injections), l'état général s'est amélioré. Vers le milieu de juin, le malade se déclare fatigué des instillations d'huile goménolée. On lui fait alors des instillations de sublimé à 1/5000, cocaïnées à 1 %.

Le malade souffre beaucoup et nous n'avons pas de résultat appréciable. Mais le traitement tonique étant continué, l'état général reste stationnaire. Nous cessons le traitement local pendant quelque temps.

Nous essayons le 10 septembre, à la demande de notre camarade Mazet, des instillations-injections de sublimé à 1/5000 et d'huile créosotée à 1/10 : nous alternons et nous donnons chaque fois un jour de repos à notre malade. Après 15 jours de traitement, il nous déclare avoir moins d'incontinence et pouvoir retenir le besoin d'uriner bien plus longtemps : les urines un peu troubles n'ont plus leur aspect de papier mâché. Le sang a disparu. Le nombre des mictions est de 5 à 6 dans la journée et il se lève une ou deux fois la nuit. Le traitement est continué et, en somme, au moment où nous quittons l'hôpital, 20 octobre, nous le laissons très amélioré.

OBSERVATION VI

(Inédite. — Due à l'obligeance de M. Gaujoux, interne des Hôpitaux.)

(Service de M. le Professeur Tédénat)

Le 20 avril 1906, H. M., 56 ans, hospitalisé à l'Hôpital général, nous est envoyé pour douleurs à la miction et hématuries. Aspect assez amaigri.

Le début remonte à 6 mois : jusque-là, assez bonne santé habituelle, mais le malade étant un *minus habens*, ne peut donner que des renseignements très vagues sur le début des douleurs : il nous raconte qu'un jour, brusquement, il a eu un pissement de sang très abondant (au moins un litre?) et cela sans douleur. Le lendemain et le surlendemain les urines étaient un peu sanglantes, puis tout rentra dans l'ordre. Deux mois après, apparition des douleurs, à la fin de chaque miction ; elles sont devenues avec le temps plus intenses et aujourd'hui le malade, urinant 3 ou 4 fois par heure, souffre à en pleurer ; pas de pyurie.

Immédiatement : injection d'une solution de cocaïne à 1 %.

Le 21 avril. — Première instillation-injection d'une solution de sublimé à 1/5000, avec 2 centigrammes de cocaïne.

Le 22. — Instillation-injection d'huile créosotée à 1/20. Les douleurs sont supportables, mais brusquement dans la soirée, forte hématurie. La vessie est laissée au repos pendant trois jours, puis on reprend la série des instillations-injections tous les deux jours.

Le 15 mai. — Le malade quitte le service pour rentrer à l'Hôpital-Général ; il souffre peu, mais urine toujours fréquemment, les hématuries n'ont pas reparu.

Revu le 10 juin : les douleurs ont reparu, pas d'hématuries. Nouvelles série d'instillations, suivie d'une grande amélioration. Le malade n'est pas revenu.

OBSERVATION VII

(Inédite. — Due à l'obligeance de M. Ferrand, interne des hôpitaux d'Aix-en-Provence)

Séraphin R..., 20 ans, cultivateur, entre à l'hôpital d'Aix, le 14 août 1906.

Malade depuis l'âge de 15 ans : le malade s'aperçut alors qu'il urinait très souvent ; ses urines étaient purulentes à tel point qu'il prétend qu'elles ressemblaient à des glaires d'œufs. A la fin de chaque miction, il éprouvait des douleurs très violentes et expulsait quelques gouttes de sang. Il n'avait alors jamais vu de femme. Demeure sans traitement jusqu'à l'âge de 18 ans. A 18 ans, premier coït ; pas de modifications du côté du système uro-génital. Il va trouver un docteur qui le traite par des capsules de térébenthine et des injections au permanganate de potasse ; il suit ce traitement pendant quelque temps, se néglige de nouveau et finalement entre à l'hôpital en août 1906.

Antécédents héréditaires. — Père en bonne santé, mère morte de fluxion de poitrine, frère mort à 3 mois de convulsions.

Antécédents personnels. — Tousse l'hiver ; à l'oscultation un peu d'obscurité du sommet gauche. Pas d'adénite cervicale dans son enfance. Pas de blennorrhagie ; pas de coliques néphrétiques.

Etat actuel. — Très amaigri comme état général ; du côté de sa vessie, symptômes classiques de tuberculose vésicale.

Traitement. — Le malade est suralimenté, on le met à la viande crue. Il prend 0,05 centigr. d'arrhénal chaque jour.

Comme traitement local :

Urotropine	}	aa 1 gr. 50
Salol		

en 3 cachets journellement.

Instillation d'huile goménolée à 1/20 tous les deux jours pendant un mois. Elles donnent, semble-t-il, une légère amélioration. Nous les cessons au bout d'un mois pour les remplacer par des instillations-injections alternées d'huile créosotée et de sublimé. Nous instillons un jour 4 à 5 centi-

mètres cubes d'huile créosotée à 1/20, le lendemain une même quantité d'une solution de sublimé à 1/5000 ; un jour de repos par semaine. Le traitement étant fait pendant une trentaine de jours, nous laissons en quittant l'hôpital notre malade sensiblement amélioré. Les urines sont assez claires et n'ont plus l'aspect de glaires d'œufs : les hématuries et les douleurs à la fin de la miction ont complètement disparu. La pollakiurie diurne est évaluée à cinq mictions : se lève deux ou trois fois la nuit.

OBSERVATION VIII

(Inédite. — Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Soubeyran).

Service de M. le professeur Tédénat, suppléé par M. Soubeyran.

M... T..., 43 ans, entre à la salle Bouisson pour douleurs à la fin de la miction, hématuries légères, pyurie. La maladie remontant à trois ans est diagnostiquée cystite bacillaire.

Antécédents héréditaires. Rien à signaler.

Antécédents personnels. Tousse l'hiver ; auscultation normale. Prétend n'avoir jamais eu de blennorrhagie. On lui fait pendant un mois et demi des instillations-injections alternées d'huile créosotée à 1/20 et de sublimé à 1/5000 suivant la technique de M. le professeur Tédénat.

Sort très amélioré.

OBSERVATION IX

(Inédite. — Due à l'obligeance de M. Gaujoux, interne des hôpitaux)

(Service de M. le professeur Tédénat)

Pierre N..., 22 ans, entre le 20 janvier 1906, salle Bouisson, n° 34 (annexe), pour douleurs irradiées dans le bas-

ventre : pollakiurie ; se lève 3 ou 4 fois pour uriner ; douleurs très violentes à la fin de chaque miction. Le malade avoue n'avoir jamais pissé du sang. Pyurie très nette.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — S'enrhume facilement l'hiver ; pas de blennorrhagie.

Le malade est mis à l'urotropine et au benzoate de soude (2 gram. de chaque en 24 heures).

Les instillations-injections d'huile créosotée à 1/10 et de sublimé au 1/5000 sont commencées seulement à la fin janvier : on alterne suivant la technique.

Le malade sort très amélioré le 25 février ; plus de douleurs ; urine 4 à 5 fois dans la journée ; ne se lève plus la nuit.

OBSERVATION X

(Inédite.— Due à l'obligeance de M. Vennes, interne des hôpitaux).

(Service de M. le professeur Tédénat).

M... B..., 30 ans, entre le 15 août 1906, salle Bouisson, n° 10, pour hématuries et fréquences de la miction.

Antécédents héréditaires.— Père mort bacillaire à 40 ans ; mère en bonne santé ; deux frères dont l'un a eu une tumeur blanche du genou, l'autre s'enrhume facilement tous les hivers.

Antécédents personnels. — Dans son enfance, adénites cervicales suppurées. Blennorrhagie à 20 ans.

La maladie actuelle date de 4 mois ; sans cause apparente, le malade éprouve des envies fréquentes d'uriner ; il se lève trois fois la nuit. Perçoit des douleurs dans le bas-ventre et

la partie supérieure des cuisses. La miction ne s'accompagne d'aucune sensation anormale, mais les derniers efforts amènent l'évacuation d'une certaine quantité de sang pur. Urines purulentes se clarifiant par le repos.

Au niveau de l'épididyme du testicule droit, indurations polynodulaires multiples, avec points plus mous qui donnent l'impression de lésions bacillaires ; le testicule gauche est sain. Au toucher rectal, la prostate et les vésicules séminales sont parsemées de nodosités tuberculeuses. Poumons très peu atteints ; obscurité aux deux sommets en avant et en arrière, pas de bruits anormaux.

On songe à une tuberculose vésicale.

Traitement institué : Urotropine, 0.50 pour 1 cachet n° 4, (par jour). Instillation-injection, de 4 à 5 cent. cubes d'une solution de sublimé à 1/5000 alternant avec l'instillation-injection d'une même quantité d'huile créosotée à 1/10. En plus, tous les 8-jours, injection dans la vessie d'huile iodoformée à 1/10 en recommandant au malade d'uriner couché et de cesser la miction dès que les premières gouttes d'urine apparaissent.

Au premier septembre, amélioration sensible, ne se lève plus la nuit pour uriner, plus de sang dans les urines, ni de pus. Il persiste toujours un peu de fréquence de la miction le jour. A augmenté de 3 kilos depuis qu'il a été soumis à une suralimentation méthodique et à des injections de cacodylate de soude.

REMARQUES. — Nous ferons remarquer que sauf dans une observation (Obs. IV) l'examen des urines n'a point été fait et l'on pourrait nous objecter que scientifiquement, il n'est pas sûr que nos cystites soient de nature tuberculeuses. Nous avons pour nous l'opinion précieuse de Guyon ; il déclare en

effet, qu'en présence de symptômes nettement affirmés on peut cliniquement songer à la tuberculose car dans des cas de tuberculose avérée, il arrive souvent qu'on ne rencontre pas de bacilles.

Par exemple dans l'observation I; notre malade a eu il est vrai une blennorrhagie et sa cystite s'est allumée alors; mais au bout de 10 ans, n'est-il pas logique de songer que cette cystite aggravée a changé de nature; des maîtres éminents n'ont-ils pas dit que, en ce qui concerne la vessie, la blennorrhagie fait le lit de la tuberculose? D'ailleurs l'examen et le toucher rectal pratiqués par M. le professeur agrégé Soubeyran ne laissent aucun doute à ce sujet, ainsi que les noyaux épidydimaires.

Dans les autres observations, si l'on tient compte de l'âge du sujet, de ses antécédents, de l'évolution de la maladie, on ne songera point à des cystites d'autre nature (blennorrhagique, néoplasique, prostatique, calculeuse). Sans doute, chez la plupart de nos malades, le début a été insidieux, datant parfois de plusieurs années. Fions-nous encore à la sagacité de Guyon pour dire que nous avons bien affaire à des affections de nature bacillaire « Les accidents qui se montrent sans blennorrhagie, sans rétrécissement, sans traumatisme, sans affection des reins, sans corps étranger vésical (calcul ou autre), en un mot sans que l'on puisse relever parmi les antécédents du malade aucune des causes habituelles des cystites, ont une grande importance clinique. Les cystites spontanées ne valent guère mieux que les bronchites spontanées et le médecin doit avoir les mêmes craintes en présence des unes et des autres ».

Dira-t-on, enfin, qu'il s'agissait de cystites rebelles? Nous ne le pensons pas, puisque d'après M. Léon Imbert, celles-ci sont définies « des cystites qui obligent par leurs

propres symptômes à recourir à une intervention ou qui ne guérissent que par un traitement local prolongé ».

RÉSULTATS. — Nous présentons donc 10 observations de cystites tuberculeuses traitées par les intillations-injections de créosote et de sublimé alternées. Nous ne mentionnerons aucun cas de guérison définitive comme Colin et Banzet ; ces auteurs, en effet, ont un optimisme que leur maître Guyon a dû trouver exagéré puisque lui-même professe qu'on doit être sceptique en ce qui concerne la guérison des tuberculoses viscérales. Peut-on affirmer qu'un malade est à l'abri d'une récurrence sous le prétexte qu'il y a eu rémission complète de tous les symptômes ? L'opinion d'un homme comme Guyon doit nous rendre prudents et si dans des cas très graves de cystite tuberculeuse, un malade a réagi victorieusement sous l'influence d'un traitement préconisé par tel clinicien, proclamons-le très amélioré, mais non guéri.

Quoiqu'il en soit, dans les 10 cas que nous présentons, il n'y a pas un insuccès ; nous pouvons les décomposer ainsi qu'il suit :

Très grande amélioration : 5 cas (Observ. I, II, III, IV, VIII).

Grande amélioration : 5 cas (Observ. V, VI, VII, IX, X).

CONCLUSIONS

I. — Dans la cystite tuberculeuse, il y a avantage à remplacer les instillations ordinaires par des instillations-injections de 4 à 5 centimètres cubes.

II. — On aura également avantage à associer deux agents antiseptiques et modificateurs pour les instillations-injections intra-vésicales.

III. — Le sublimé et la créosote nous paraissent être les meilleurs.

IV. — On instillera un jour une solution de sublimé à 1/5000 : on pourra arriver à 1/2000 ; le lendemain, de l'huile créosotée à 1/20 ; on pourra arriver à 1/10 ou même commencer par ce titre. Et cela tous les jours : Si le malade se déclarait fatigué, on pourrait entre chaque série intercaler un jour de repos.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 9 novembre 1906.

Le Doyen,
MAIRET.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 9 novembre 1906.

Le Recteur,
A. BENOIST.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	9
CHAPITRE I. — Traitement-Historique.....	13
CHAPITRE II. — Des substances médicamenteuses injectées ou instillées dans la vessie tuberculeuse.....	21
CHAPITRE III. — Justification de l'emploi de la créosote et du sublimé.....	29
CHAPITRE IV. — Technique opératoire.....	31
OBSERVATIONS.....	34
CONCLUSIONS	51
BIBLIOGRAPHIE.....	53

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !